

頭が痛む・頭が重い	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ
首が痛む・頸が張る	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ
肩がこる・肩が重い	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ
風邪をひきやすい・風邪気味のことが多い	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ
めまいがある・天井がまわった・外界がまわった	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ
吐き気がある・食欲不振・胃痛・不快感・飲み込みにくい	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ
夜、寝つきが悪い・夜中、目覚めることが多い	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ
血圧が不安定である・血圧が200前後になる	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ
暖かいところ、寒いところに長くいられない	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ
汗が出やすい・汗が出ない	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ
静かにしているのに急に心臓がどきどきする・急に脈が速くなる	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ
目が見えにくい・ぼやける	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ
目が疲れやすい・目が痛むことがある	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ
まぶしい・目を開けていられない	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ
目が乾燥する・涙が出すぎる	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ
口がかわく、つばが出ない・つばが多い	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ
原因不明の微熱が出る	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ
下痢をしやすい	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ
便秘・腹痛など胃腸症状がある	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ
すぐ横になりたくなる・昼間から横になっている	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ
疲れやすい(全身倦怠)・全身がだるい	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ
何もする気が起きない・意欲、気力が出ない	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ
天気が悪くなる前日に症状が強くなる・気圧の変化に弱い	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ
気分が落ち込む・気が滅入ることが多い	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ
わけもなく不安感がある	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ
イライラしている・焦燥感がある	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ
集中できない・根気がない・仕事や勉強を続けられない	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ
頭がのぼせたり手足が冷える	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ
手足のしびれるがある	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ
胸部が痛い・胸部圧迫感がある	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ

「はい」の合計を数えてください→ _____ 個

氏名： _____